

Анкета для записи на приём

Фамилия: Имя:

Адрес

Дата рождения: Место рождения:

Семейное положение: Количество детей:

Номер телефона: E-Mail:

Профессия: Работа на данный момент

Имя, адрес, телефон лечащего Вас врача:

Название, адрес медицинской страховки/страховой компании:

Номер страховки:

Вид страховки: лично застрахован семейная страховка пенсионер

Регистрация может быть аннулирована неофициально в любое время, например, по телефону. Вы можете отменить или перенести согласованные встречи не позднее, чем за 2 рабочих дня. Если согласованные встречи не были отменены или не отменены своевременно, то они будут оплачиваться Вами в частном порядке в соответствии с § 615 BGB.

Я прочитал(а) информационный лист и информацию о защите данных, я принял(а) к сведению упомянутые в нем условия и согласен(на) с ними.

Онлайн-лечение: настоящим даю согласие на проведение психотерапевтических видеосеансов. Я даю согласие на то, чтобы г-н Розин использовал указанный выше адрес электронной почты для отправки мне ссылки для встречи. Это согласие может быть отозвано в любое время.

Дата :

Подпись: